

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

266

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**PIRIOU** (Roger)

*Né le 8 Mars 1914, à Bannalec (Finistère)*

---

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT  
DES ARTHROSES DE LA HANCHE DUES AUX LUXATIONS  
ET SUBLUXATIONS CONGÉNITALES**

**(OSTÉOTOMIES SOUS-TROCHANTÉRIENNES)**

---

*Président de Thèse : M. MATHIEU, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

---

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

N°

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**PIRIOU** (Roger)

*Né le 8 Mars 1914, à Bannalec (Finistère)*

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES ARTHROSES DE LA HANCHE DUES AUX LUXATIONS ET SUBLUXATIONS CONGÉNITALES

(OSTÉOTOMIES SOUS-TROCHANTÉRIENNES)

---

*Président de Thèse : M. MATHIEU, Professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

---

1939

# I. — PROFESSEURS

MM.

|                                              |                    |
|----------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                               | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                            | LÉON BINET.        |
| Physique médicale.....                       | STROHL.            |
| Chimie médicale.....                         | POLONOVSKI         |
| Bactériologie .....                          | ROBERT DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générale....     | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                    | ABRAMI             |
| Pathologie chirurgicale.....                 | MONDOR.            |
| Anatomie pathologique.....                   | LEROUX.            |
| Histologie .....                             | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....       | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                          | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive.....          | TANON.             |
| Médecine légale.....                         | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.  | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée....     | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.    | CHIRAY.            |
|                                              | LOEPER             |
| Clinique médicale.....                       | CARNOT.            |
|                                              | CLERC.             |
|                                              | MARCEL LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance   | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants.....       | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des ma-    |                    |
| ladies de l'encéphale.....                   | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphi-     |                    |
| litiques .....                               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux     | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses.....      | LEMIERRE.          |
|                                              | CUNEO              |
| Clinique chirurgicale.....                   | GOSSET             |
|                                              | GREGOIRE           |
|                                              | LENCRMANT.         |
| Clinique ophtalmologique.....                | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                    | CHEVASSU.          |
|                                              | COUVELAIRE.        |
| Clinique d'accouchements.....                | JEANNIN.           |
|                                              | LEVY-SOLAL.        |
| Clinique gynécologique.....                  | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et ortho-    |                    |
| pédie .....                                  | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale.....         | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....       | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....     | PIERRE DUVAL.      |
| Clinique propédeutique.....                  | M. VILLARET.       |
| Clinique de la Tuberculose.....              | TROISIER.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-   |                    |
| dulte .....                                  | MATHIEU.           |
| Clinique cardiologique .....                 | LAUBRY.            |
| Clinique de neuro-chirurgie .....            | CLOVIS VINCENT.    |
| Assistance Médico-Sociale.....               | N...               |
|                                              | HAZARD.            |
|                                              | HOVELACQUE         |
| Professeurs sans chaire.....                 | MULON.             |
|                                              | OLIVIER.           |
|                                              | SANNIÉ.            |
|                                              | VERNE.             |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.  
 Pathologie médicale .... BARIETY.  
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.  
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.  
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.  
 Pathologie médicale..... BOULIN.  
 Histologie ..... BULLIARD.  
 Pathologie médicale..... CATHALA.  
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.  
 Pathologie médicale .... COSTE.  
 Physique ..... DOGNON.  
 Urologie ..... FEY.  
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.  
 Parasitologie ..... GALLIARD.  
 Bactériologie ..... GASTINEL.  
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.  
 Physiologie ..... GAYET.  
 Pathologie médicale..... DE GENNES.  
 Histologie ..... GIROUD.  
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.  
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.  
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.  
 Hygiène ..... JOANNON.  
 Obstétrique ..... LACOMME.

Obstétrique ..... LANTUEJOUL.  
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.  
 Parasitologie ..... LAVIER.  
 Pathologie médicale .... LELONG.  
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.  
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.  
 Pharmacologie ..... Mlle J. LEVY.  
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.  
 Pathologie chirurgicale .. MENÉGAUX.  
 Pathologie médicale..... MOLLARET  
 Pathologie médicale..... MOREAU.  
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.  
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.  
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-UT/II'S  
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.  
 Obstétrique ..... PORTES.  
 Ophtalmologie ..... RENARD.  
 Physiologie ..... TICHET.  
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.  
 Pathologie médicale..... TURPIN.  
 Obstétrique ..... VIGNES.  
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.  
 Pharmacologie ..... BUSQUET.  
 Physiologie ..... CHAILLEY-BERT.  
 Obstétrique ..... GUENIOT.  
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.  
 Obstétrique ..... LE LORIER.  
 Parasitologie ..... NEVEU-LEMAIRE.  
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.  
 Obstétrique ..... VAUDESCAL.

# IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

| MM.                        |                          | MM.        |                            |
|----------------------------|--------------------------|------------|----------------------------|
| ALAJOUANINE.               | } Clinique<br>médicale   | BASSET.    | } Clinique<br>chirurgicale |
| AUBERTIN.                  |                          | BROCQ.     |                            |
| BRULÉ.                     |                          | CADENAT.   |                            |
| CHABROL.                   |                          | GATELLIER. |                            |
| DONZELOT.                  |                          | MOURE.     |                            |
| DUVOIR.                    |                          | QUENU.     |                            |
| LIAN.                      |                          | ELTER.     |                            |
| PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT. |                          |            |                            |
| SEZARY.                    |                          |            |                            |
|                            |                          |            |                            |
| MM.                        | } Clinique obstétricale. |            |                            |
| ECALLE                     |                          |            |                            |
| METZGER.                   |                          |            |                            |

# V. — CHARGÉS DE COURS

|                          | MM.                    |
|--------------------------|------------------------|
| Education physique.....  | CHAILLEY-BERT, agrégé. |
| Radiologie clinique..... | LEDOUX-LEBARD.         |
| Stomatologie .....       | RUPPE.                 |
| Puériculture .....       | WEIL-HALLÉ.            |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT POUR LA FRANCE

(Suffren, nov. 1916)

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

*Je ne saurais reconnaître assez le  
travail, les sacrifices qu'elle a consen-  
tis pour mon éducation.*

A MA FEMME, A MES DEUX FILS.

*Ils me créent le plus charmant des  
foyers.*

A MA SŒUR, MON BEAU-FRERE, MON FILLEUL.

A MES BEAUX-PARENTS, A MA BELLE-SŒUR.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU

Professeur de clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.  
Chirurgien des Hôpitaux.  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur de  
présider cette thèse. En témoignage de  
notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR PILVEN

*Qu'il reçoive ici nos remerciements  
sincères pour tous les conseils qu'il  
voulut bien nous prodiguer, non seu-  
lement pour ce travail, mais aussi  
pour notre formation chirurgico-mé-  
dicale.*

A MONSIEUR LE DAMANY

Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

*Qui nous inculqua les premières  
notions de semeiologie.*

AUX PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MEDECINE  
DE RENNES.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DE QUIMPER

AU PERSONNEL CIVIL ET RELIGIEUX DE  
L'HOPITAL DE QUIMPER.

## INTRODUCTION

---

Circulant en Bretagne, le voyageur est frappé par le nombre des dystrophies osseuses qu'il y trouve. Parmi ces infirmités, la luxation congénitale des hanches occupe la première place.

Certains auteurs ont signalé sa fréquence à l'intérieur des terres dans l'Argoat. Les statistiques de Monsieur Le Damany professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes nous le prouvent.

Nous pouvons affirmer que l'Arvor et particulièrement le pays bigouden, possèdent de nombreux infirmes à la démarche plongeante ou dandinante.

Il y a quelques années les parents de ces malheureux étaient hostiles à toute intervention médicale. Mais le progrès, l'augmentation du nombre de médecins, la diminution de l'emprise du rebouteur de village, amènent de nos jours à l'hôpital ces jeunes infirmes.

Les adultes boiteux : luxés, coxarthritiques, viennent aussi aux chirurgiens, se basant sur les excellents résultats obtenus par leurs frères de misère.

Fervent de la chirurgie osseuse le docteur Pilven,

qui nous conseille, a installé à l'Hôpital de Quimper un remarquable service de chirurgie orthopédique.

C'est dans son service et sous sa direction que nous avons travaillé à ce modeste ouvrage :

Contribution à l'étude du traitement des arthoses de la hanche, dues aux luxations et subluxations congénitales.

## CONSIDERATION SUR LA LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

---

La vaste et magnifique étude de Monsieur Le Damany nous apprend que cette affection atteindrait les 3/1.000 de la population française. Dans notre région cornouaillaise cette proportion atteint le 1/100.

### ETIOLOGIE. — PATHOLOGIE

Un observateur, même peu averti constate que le sexe féminin est frappé plus souvent que le sexe masculin.

Nos observations sur les luxés et subluxés de la hanche ne concernent que des femmes. La bilatéralité des lésions est aussi très fréquente et dans l'unilatéralité le côté gauche est le plus souvent touché.

L'hérédité jouerait un grand rôle dans l'étiologie de cette infirmité. Nos malades citent des cas semblables dans leur ascendance, dans leur collatéralité.

En octobre 1938 nous opérâmes ainsi deux sœurs; le 8 mars 1939 deux sœurs et leur frère ont été opé-

rés : Réduction orthopédique pour les deux premières (3 ans et 10 ans) et échec chez le dernier (13 ans).

Nous ne sommes donc pas étonnés lorsque parlant d'un tiers, il nous est dit. « Ah ! oui un tel boîte, ce n'est pas drôle il est d'une famille de boîteux ».

Quelles causes sont encore évoquées ? l'habitus, le caractère des eaux de boissons, l'alcoolisme, l'accouchement ?

Rares sont les fœtus et les enfants naissant luxés. A la naissance aucune lésion visible, la marche seule nous révèle l'infirmité.

L'enfant venant au monde n'est qu'en « puissance de luxation ».

Monsieur Lance appelle cette lésion « Maladie luxante ». Elle serait donc la résultante d'une malformation primitive !

Il est donc logique de penser que les traumatismes : accouchements laborieux, traction sur les jambes, emmaillotement serré, pourraient rendre plus précoce l'apparition de la luxation.

Parmi les théories expliquant le pathogénie deux seules actuellement méritent d'être conservées.

a) *la théorie anthropologique de notre premier maître Monsieur Le Damany.*

Notre professeur a constaté que la luxation de la hanche n'existe pas chez les animaux. Les singes anthropoïdes eux-mêmes ne sont pas touchés.

La tête fémorale des quadrupèdes prend appui sur le bord postérieur du sourcil cotyloïdien. Les singes

marchant cuisses fléchies ont un appui coxal semblable.

Seul l'être humain, par sa station verticale voit la tête du fémur soutenir le toit du cotyle.

Conséquence : chez un enfant insuffisamment développé, l'adaptation des os en présence n'est pas correcte. Il en résulte une déformation et une ascension de la tête, du col fémoral, une torsion de la diaphyse. La marche, le poids du corps accentuent ces lésions.

b) *Théorie admettant une malformation du germe.*

Il y aurait retard dans le développement de l'une ou des deux hanches. Ce vice empêche une bonne statique. Mais cette aplasie, appelant, une luxation secondaire pourrait ne pas être définitive; l'enfant surveillé, ne marchant pas, pourrait guérir d'une façon spontanée.

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

La luxation congénitale de la hanche est intra-articulaire, caractère qui oppose nettement cette lésion à la luxation traumatique. Etudions succinctement l'état de l'articulation malade.

### CAPSULE

Au 1<sup>er</sup> stade l'extrémité fémorale joue dans une capsule anormalement grande, elle s'adapte mal à la cavité cotyloïde : la maladie luxante se produit.

Au cours de l'évolution la capsule articulaire subit des modifications. Elle se rétrécit au dessus de la tête fémorale prenant le classique aspect de sablier.

Le tendon du psoas qui la croise en X, étrangle le col de ce sablier, le tordant au cours de la bascule progressive du bassin.

Ce traumatisme lent et continu crée parfois des adhérences de la capsule à la tête fémorale, et toujours des troubles trophiques d'où douleurs d'arthrite. Suivant l'évolution nous trouvons des capsules a grande laxité permettant des mouvements amples, ou des capsules rétrécies bloquant complètement la tête fémorale.

SURFACES EN PRÉSENCE  
EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR

A la naissance nous sommes en présence d'un os troublé tant au point de vue nutrition, que forme et direction.

Il y a véritablement dystrophie osseuse :

la diaphyse fémorale est grêle, le col est court et trapu, la tête est ridiculement petite.

Nous avons même constaté des troubles de répartition des points d'ossification. [J. H..., 2 4mois.] L'angle d'antéversion très accentué (jusqu'à 60°) projette la tête en avant hors de l'axe du cotyle. Dans cette hanche luxée, elle ne suit pas la croissance normale. Elle s'aplatit par contact avec l'os coxal, et prend la forme d'un cône, d'un gland, d'un champignon.

Quant au col, il reste court et gros. Il se déforme en varus. La traction des muscles insérés sur le grand trochanter fait accentuer l'antéversion.

Le petit trochanter dans cette articulation anarchique s'hypertrophie et, souvent, remplaçant la tête enfuie vient prendre appui dans le cotyle, sur l'ischion.

OS ILIAQUE

Chez les jeunes, nous avons l'impression que jamais, ni fémur, ni cavité cotyloïde n'ont eu de relation.

Cette cavité regarde en avant et semble comblée. Le sourcil est peu ou même pas visible en avant et

en haut. Il y a manque de développement de cette niche où devrait rouler la tête fémorale.

Tout l'os iliaque est atrophié, sa position varie suivant le genre et l'uni ou bilatéralité de la luxation.

On distingue en effet suivant la position de la tête par rapport à la cavité cotyloïde, plusieurs variétés de luxation.

### *Subluxation.*

La tête occupe imparfaitement une cavité cotyloïde mal formée. Elle a tendance à glisser en avant et en haut. Le col se met en varus. C'est la grande cause des coxarthries.

### *Luxation Antérieure.*

La tête d'abord marginale, monte et arrive en avant de la crête verticale qui part du tubercule d'insertion du Tenseur du Facialata. La tête se creuse là, au-dessous, de l'épine iliaque antéro-supérieure un néo-cotyle. Cette position est relativement moins fréquente que les suivantes, car...

### *Luxation intermédiaire.*

...la marche, le poids du corps, l'insuffisance du néo-cotyle incitent la tête à continuer son ascension. Elle se met en position intermédiaire. En rotation externe du fémur elle se trouve en avant de la crête et en arrière en rotation interne.

### *Luxation postérieure.*

La tête se trouve alors placée derrière l'os iliaque. On la palpe à travers les fessiers. La tension des ligaments intra et péri-articulaires, du psoas et du pyramidal bloque la tête dans cette nouvelle habitation.

#### ORGANES PÉRIARTICULAIRES.

Cependant, bassin et muscles suivent cette évolution.

Basculé en arrière dans la luxation antérieure le bassin le fait en avant dans la luxation postérieure. Une lordose lombaire accentuée compense ce défaut.

Si la luxation est unilatérale le détroit supérieur prend une forme oblique ovale et il y a en outre scoliose.

Dans la bilatéralité le bassin perd de sa hauteur, s'aplatit et s'élargit.

Les muscles s'atrophient du côté lésé. Il y a déviation du pli fessier (signe de Duchenne Trendelenburg).

Nous venons de voir l'évolution de l'affection lorsqu'il n'y a pas eu de réduction orthopédique. Celle-ci, relativement facile jusqu'à l'âge de 6 ans est pratiquement impossible à partir de 10 ans.

Les résultats immédiats sont excellents tant au point de vue statique qu'esthétique.

Pour la majorité des opérés cet état est définitivement acquis, mais certains par contre gardent une tendance à la subluxation.

Une de nos observations nous en donne la preuve : Mlle S..., âgée de 18 ans est venue dans le service pour coxarthrie intense. Cette malade avait à l'âge de 5 ans subie la réduction orthopédique d'une luxation congénitale bilatérale mais une de ses hanches gardait une tendance à la subluxeation d'où douleurs. Le rebord cotyloïdien était nettement insuffisant.

Certains auteurs affirment que l'arthrite douloureuse du grand enfant, ou de l'adulte est toujours accompagnée de subluxeation de la tête fémorale.

Cette rapide étude nous montre les raisons qui amènent ces infirmes de la hanche, à venir demander le secours du médecin.

Revoyons-les :

#### a) *Troubles de l'Esthétique.*

Huit fois sur dix nous l'avons vu, les femmes en sont victimes.

Dans la luxation unilatérale non réduite, l'ascension progressive de la tête fémorale luxée rend ces malades affreusement boîteuses. Elles viennent alors demander à la chirurgie de remédier à ce vice de la démarche.

Dans les luxations bilatérales, c'est, ce même désir d'améliorer leur allure dandinante, de diminuer leur lordose si prononcée qui conduit ces infirmes à la salle d'opération.

La jeune femme, désirant le mariage et des enfants a peur d'être gênée dans les rapports sexuels. En effet

l'adduction des membres est parfois telle, que cela semble impossible.

b) *Douleurs.*

Plus encore que la recherche de l'esthétique, le facteur douleur décide les luxés congénitaux de la hanche, à se faire opérer.

Ces malades ont longtemps supporté leur infirmité. La tête fémorale dans sa position aberrante a pendant de longues années joué dans son néocotyle. La bonne laxité d'une capsule articulaire jeune a permis ces « écarts de tenue ». Mais avec l'âge les lésions trophiques progressent, s'accroissent. La nutrition de l'articule se fait mal.

Ces infirmes constatent que leur rayon d'action diminue. Les promenades trop longues, puis les stations debout prolongées, font naître la douleur, légère d'abord et enfin intense, le repos, les antialgiques n'amènent plus la rétrocession de ces maux.

Ces malades qui intellectuellement sont encore actifs, se voient confinés à la chambre.

Ils ne se résignent pas à cette contrainte et se confient à leur médecin.

## LES TRAITEMENTS

---

Comment venir en aide à ces malheureux luxés ou subluxés congénitaux de la hanche ?

Envisageons les divers traitements médicaux et chirurgicaux.

### TRAITEMENT NON CHIRURGICAL

Il s'adresse aux malades qui ne veulent pas risquer l'opération.

C'est le traitement des coxarthries. Cette question vient d'être mise au point par MM. Coste F. et Aubert C. (Presse Médicale du 18 janvier 1939).

Cette étude, basée sur 351 observations s'étageant de 1929 au début de 1938, relate et critique les différents traitements de la coxarthrie.

Il est évident que nous éliminons les lésions infectieuses, bacillaires avérées.

Ces auteurs ne purent contrôler que 156 des malades traités; voici les résultats globaux qu'ils obtinrent:

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| Améliorations spontanées .....     | 5,1 %  |
| Améliorations thérapeutiques ..... | 48,2 % |

|                                                             |        |
|-------------------------------------------------------------|--------|
| Malades non améliorés .....                                 | 40,4 % |
| Aggravations par insuffisance ou manque de traitement ..... | 6,5 %  |

Ces malades étaient des « coxarthritiques », quelques-uns des subluxés, mais ils n'avaient pas les grandes déformations anatomiques qui caractérisent nos luxés congénitaux. Cependant 53,3 % seulement virent disparaître leurs douleurs.

Voici le classement des procédés thérapeutiques habituellement employés :

|                            |                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Agents physiques</i>    | { Rayons X, ondes courtes.<br>Diathermie, ionisation.                                                                                                              |
| <i>Injectons locales</i>   | { Histamine superficielle ou profonde. Substances anesthésiques dans la région articulaire, dans le trajet des nerfs.<br>Iode, soufre.<br>Substances radioactives. |
| <i>Traitements de fond</i> | { Iode et soufre per os.<br>Vitamine B <sub>1</sub> -C.-D.<br>Calcium.<br>Extraits glandulaires, hormones.                                                         |

### *Orthopédie et Crénothérapie*

Il est évident que nombre de ces traitements n'ont et n'auront jamais d'utilité. MM. Coste et Aubert ont étudié leur valeur respective.

Leurs succès sont surtout dus à l'utilisation de l'Histamine et des Rayons X.

Mais qu'eût donné la chirurgie; l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les anches restées douloureuses ?

Beaucoup de ces malades n'eussent-ils pas trouvé sédation à leurs maux dans une intervention bien comprise ?

Il est évident que le rôle du médecin est de savoir diriger à temps le patient chez le chirurgien.

Il y a une grande différence entre le pronostic et le résultat d'une opération tentée sur un sujet de 40 à 50 ans et celle faite sur un malade de 60 ans passés.

Les chirurgiens voient souvent arriver des êtres que la souffrance, l'inactivité forcée ont diminué tant au point de vue physique que moral.

MM. Coste et Aubert disent avec juste raison que 2 années d'essais de traitements médicaux doivent suffire à fixer l'esprit du médecin. Nous estimons nous, que s'il y a subluxation ou tendance à la subluxation, l'acte opératoire ne doit pas être retardé.

## TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Nous pouvons classer en deux groupes les nombreuses interventions chirurgicales que l'on peut tenter sur les hanches malades.

*Opérations intra-articulaires*

1° Résection de la tête femorale (limitée-modelante).

2° Arthroplastie.

3° Arthrodèse intra-articulaire.

*Opérations intra-articulaires*

1° Intervention sur l'innervation de la capsule.

2° Réfection du toit-butée-osseuse.

3° Forage du col.

4° Les différentes ostéotomies.

Dans le service du Docteur Pilven nous n'avons pratiqué que des interventions extra-articulaires et plus spécialement des ostéotomies sous-trochantériennes. Nous en donnons plus loin la raison. Nous ne ferons donc que citer les autres interventions.

*Opérations intra-articulaires*

M. le professeur P. Mathieu a obtenu d'excellents résultats dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, dans les coxarthries, par la résection arthroplastique. La lecture d'un rapport à la séance de l'Académie de Chirurgie, le 30 mars 1938 nous en montre un bel exemple :

Il s'agissait d'une femme de 38 ans dont la hanche

gauche subluxée était devenue douloureuse depuis environ six années.

M. Mathieu lui fit d'abord une bûlée d'appui le 5 juillet 1935.

L'amélioration fut ainsi qu'il le prévoyait passagère. Les traitements médicaux ne soulagèrent que momentanément la femme.

En janvier 1938 le professeur pratiqua une résection arthroplastique de la hanche subluxée. 30 jours après, l'opérée se levait et était présentée à l'Académie de Chirurgie.

L'éminent chirurgien constata l'utilité, comme temps préparatoire à l'arthroplastie, de la butée d'appui.

A la séance du 11 mai 1938, il s'étend plus longuement sur les résultats que donne entre ses mains, cette opération.

Il cite 49 cas de résections arthroplastiques de la hanche dans le traitement des coxarthries déformantes.

Les résultats furent très bons malgré des accidents post-opératoires imprévisibles : embolies, athéromes insoupçonnables, etc...

Beaucoup de nos malades pourraient profiter de ce traitement. Mais si la technique opératoire préconisée par M. le Professeur Mathieu, donne entre les mains de l'éminent chirurgien de si remarquables résultats, notre manque d'expérience à son sujet nous empêche de l'appliquer.

## *Opérations extra-articulaires*

### Section du nerf obturateur

Avant de nous lancer dans l'étude des diverses ostéotomies sous-trochantériennes examinons les résultats que donne la section du nerf obturateur.

Un mémoire de M. P. Padovani rapporté à l'Académie de Chirurgie par M. P. Mathieu, à la séance du 18 janvier 1939, met au point la valeur et la technique de la section du nerf obturateur comme traitement des arthrites chroniques de la hanche.

Seul parmi les filets nerveux articulaires le nerf obturateur est facilement accessible, en outre sa section n'entraîne pas de troubles fonctionnels importants.

La douleur au niveau des Adducteurs disparaît, or nous avons remarqué que nombre de nos malades se plaignent de douleur au niveau de ces muscles.

Les observations de M. Padovani nous montrent l'utilité de cette section nerveuse dans certains cas. Les malades qu'il présente, avaient déjà subi qui une butée ostéoplastique, qui arthrodèse, qui forage, sans améliorations tangibles.

La section du nerf obturateur donne une sédation de leurs douleurs.

Dans l'obs. II nous lisons qu'à M<sup>me</sup> B... il fut fait une butée ostéoplastique des deux côtés. A gauche elle fut accompagnée d'une ostéotomie sous-trochantérienne, ce côté ne fit pas souffrir la malade.

Dans l'obs. V nous lisons qu'à la suite d'un forage, une ostéotomie ne donna pas de résultat, il fallut

pour avoir sédation de la douleur exécuter la section du nerf.

Il s'agit donc pour le chirurgien d'être éclectique et envisager la section du nerf obturateur comme une « opération mineure » de la coxarthrie des luxés et subluxés. Ce sera le complément d'une ostéotomie sans résultat, ou encore l'intervention que pourra subir un malade fragile, fatigué.

Quant à la technique opératoire de cette intervention, M. Padovani l'a mise au point. La voie d'accès est sous-péritonéale après incision médiane sous-ombilicale.

---

## LES OSTÉOTOMIES SOUS-TROCHANTERIENNES

---

Gant, puis Volkmann, Billroth, Bryant, Mounder, réalisèrent déjà des ostéotomies sous-trochantériennes pour lésion de l'articulation coxale. Mais c'est Kirmisson, qui, dès 1894, affirma que : « l'ostéotomie sous-trochantérienne faite rationnellement et systématiquement était la seule intervention qui donnât un soulagement tangible aux luxés congénitaux de la hanche ».

Kirmisson faisait son ostéotomie au lieu d'élection : fracture oblique du fémur à 4 cm. au-dessous du grand trochanter. Il plâtrait le membre en abduction et en hyperextension. Il constata que cette intervention améliorait la statique du malade, diminuait la lordose et chassait les douleurs.

Depuis cette époque, l'opération subit de nombreuses vicissitudes, sa technique fut transformée et à l'heure actuelle nous nous trouvons en présence de deux méthodes avec leurs variantes :

### L'OSTÉOTOMIE DE DIRECTION ET L'OSTÉOTOMIE D'APPUI

Nous allons étudier ces opérations qui primitivement ne furent appliquées qu'aux luxés congénitaux

de la hanche, mais qui rendent de signalés services dans les arthrites douloureuses ainsi que les auteurs et nous-mêmes l'avons remarqués.

---

## L'OSTEOTOMIE DE DIRECTION

La raison de cette opération est de remédier à la position vicieuse des membres luxés. L'ostéotomie de direction en honneur à l'époque de Kirrison fut délaissée ensuite, pour être enfin reprise.

Ces fluctuations apportèrent des modifications dans la technique du maître qui avait adopté une très large incision permettant le contrôle de la vue. Il fracturait l'os 4 cm. au-dessous du sommet du grand trochanter par un trait de section oblique en bas et en dehors. Le membre porté en abduction gardait ainsi un bon contact entre les deux fragments.

Dans le remarquable travail du Docteur P.-M. Lance, travail qui, avec les nombreuses publications de son père, et aussi celles du Professeur P. Mathieu, nous aide dans notre étude critique, nous trouvons les modifications apportées.

Voyons-les :

*Siège.*

Frœlich préféra une ostéotomie plus basse, en face du cotyle.

### *Direction du trait.*

Pour obvier au glissement et au chevauchement des deux fragments on réalisa l'*Ostéotomie transversale*.

Elle avait aussi ses inconvénients : le passage de l'adduction à l'abduction forme un vide osseux entre les deux fragments.

Ce V à sommet externe prolonge le temps d'élaboration osseuse.

En outre, la force de contraction des adducteurs attire la diaphyse fémorale qui glisse en dedans du fragment supérieur, réalisant une forme de bifurcation de Lorenz non voulue.

Brackett a préconisé une ostéotomie arciforme en perforant à la mèche une série d'orifices que l'on réunit ensuite.

Galeazzi a utilisé un trait de section curviligne transtrochantérien.

Lorsque l'adduction n'est pas trop marquée on peut tenter l'ostéotomie cuneiforme. On resèque alors un coin à base externe. Mais dans le cas de grande adduction la résection serait trop importante d'où raccourcissement du fémur.

### *Fragments.*

Mommsen a donné son nom à une forme d'ostéotomie de direction.

Il trace un tenon osseux qu'il conserve au fragment inférieur. Il l'encheville dans le canal médullaire de

la partie supérieure. Dans cette mortaise il fait pivoter le fragment supérieur et lui donne la position voulue. Mais cette position est immuable dès la consolidation de la fracture, c'est là son grand défaut. Après cette courte étude de l'ostéotomie de direction, voyons-en la critique.

### *Critiques.*

Cette opération qui améliore parfois, outre l'esthétique, la marche et la résistance à la fatigue et qui chasse la douleur a aussi ses défauts.

*Complications immédiates.* — Nous y trouvons les accidents post-opératoires dus à l'anesthésie, les éviter ? C'est le premier soin de tout chirurgien, mais combien sont imprévisibles ?

Dans toutes ostéotomies, nous tâcherons d'éviter les lésions musculaires trop intenses; attention à l'hémostase, l'hématome des parties molles compromet l'ostéogénèse.

L'instrumentation moderne nous donne de beaux ostéotomes, biseautés sur les deux faces, suivant le calibre du fémur nous en avons de taille différente, aussi plus rares sont les esquilles. L'emploi d'orifices conducteurs nous fait aussi les éviter.

Plus importantes sont les complications dues à la position du membre opéré.

Dans nos observations, nous citerons entre autres, le cas d'une jeune fille qui souffrait horriblement d'une angulation en avant dans son Scarpa. Nous fûmes contraint de réintervenir.

Ces algies du nerf sciatique, du nerf crural surviennent, si l'on veut atteindre dès le premier jour, la correction maximum.

En procédant par étapes successives, dans l'abduction on évite ces déboires, mais ces retouches répugnent aux malades.

Le gros accident immédiat est le déplacement des fragments en présence par l'action des muscles qui s'y inserrent. Beaucoup de chirurgiens ont abandonné la simple ostéotomie de direction pour cette raison.

Les pelvi-trochantériens attirent le fragment supérieur en dedans, en haut et le mettent en rotation externe.

Les adducteurs tendent à anguler le fragment diaphysaire.

La conséquence a été les remèdes que l'on a essayé d'y apporter :

Extension continue; ostéotomie à la Momm-  
sen. Synthèse métallique. Prothèse par  
fixateurs externes.

Ces corrections compliquent une opération primitivement simple.

Entre autres complications, il nous est arrivé de trouver l'absence du cal. Mais le terrain était pour beaucoup, ces malades étaient de souche rachitique.

*Complications secondaires.* — C'est essentiellement le redressement secondaire du cal, de la direction de l'ostéotomie. D'après certains auteurs, il se produirait toujours chez les sujets de moins de dix ans. Chez les

adultes le fait est rare, notre expérience personnelle ne nous permet pas de l'envisager.

Pour y remédier, Baron (de Budapest); Galeazzi, M. Lance sont intervenus sur les muscles, sur les tendons, et cela parfois sans résultat :

Obs. I, D<sup>r</sup> Lance. Ténotomie du Psoas et des Fléchisseurs, in M. P. Lance, p. 34).

Nous constatons donc que :

L'ostéotomie de direction corrige d'une excellente façon les attitudes vicieuses du membre congénitalement luxé.

Elle n'améliore que peu l'inégalité de longueur des membres dans la bilatéralité, et pas dans l'unilatéralité des lésions.

Mais lorsque la luxation est légère, lorsqu'il n'y a que subluxation douloureuse, coxarthrie, l'insuffisance de fixation du bassin, et le déplacement des muscles pelvi-trochantériens peuvent d'abord être corrigés par :

### *La Butée ostéoplastique de la hanche*

Le phénomène douleur est vraisemblablement dû à une mobilité anormale de la tête fémorale subluxée qui n'a pu se créer une néocavité articulaire. La greffe d'un fragment ostéo-périostique prélevé au tibia, au-dessus de la tête fémorale, la création d'un auvent au sommet de la cavité cotyloïdienne forme une butée, par laquelle le bassin trouve un appui stable.

*Résultat* : Immédiat il est bon. Mais cette amélioration ne persiste pas, une de nos observations le confirme.

La raison est que la déformation du fémur tout entier persiste, d'où tendance à l'attitude vicieuse.

Le chirurgien doit intervenir à nouveau afin de corriger cette direction vicieuse de la diaphyse fémorale, faire une « dérotation » de l'axe.

Aussi dans le service du Docteur Pilven, automatiquement après la butée ostéoplastique il est fait une ostéotomie sous-trochantérienne de direction. Cette opération fait disparaître l'adduction progressive, et donne au malade un résultat excellent et stable. M. le Docteur Lance est de cet avis.

Son fils, P.-M. Lance cite à ce sujet des observations du Professeur Mathieu, du Professeur Harttmann.

M. R. Charry, de Toulouse, récemment dans un cas d'arthrite déformante de la hanche chez une femme de cinquante deux ans, après échec partiel d'un forage avec introduction d'os mort, obtint un excellent résultat par ostéotomie et butée complémentaire.

(Le concours médical du 9-10-38).

---

### L'OSTEOTOMIE D'APPUI

Les radiographies des luxés congénitaux de la hanche nous montrent entre autres troubles trophiques des os, un développement anormal du petit trochanter.

La nature fait bien les choses : il arrive que ce pe-

tit trochanter hypertrophié vient prendre appui sur le bassin et souvent alors ces infirmes n'ont pas les troubles algiques des autres luxés.

Kirmisson et surtout Froelich avaient remarqué que lors des ostéotomies sous-trochantériennes, si le fragment inférieur venait prendre appui sur l'os coxal, le résultat était toujours bon :

«... Le bassin avait un appui, la tête fémorale était fonctionnellement supprimée et la douleur aussi... »  
(Revue d'Orthopédie, 1900-1903).

L'ostéotomie à appui pelvien était née.

*Les diverses techniques.* — Suivant les chirurgiens et leurs écoles, diverses techniques virent le jour. Elles diffèrent par la façon de réaliser la butée pelvienne au niveau supérieur du fragment diaphysaire du fémur.

— Lorenz fit bifurquer le fragment inférieur dans la cavité cotyloïde.

— Froelich, Von Bayer, sectionnaient l'os en face du cotyle; Schanz, en face de l'ischion. Les deux fragments forment alors un angle à sommet interne et le bassin vient s'y appuyer.

— La troisième technique que nous avons étudiée et mise en pratique d'après les travaux de MM. Lance père et fils est la suivante :

Le fragment supérieur est basculé en adduction maxima contre le pelvis et le fragment inférieur vient y prendre appui.

Nous allons revenir sur chacun de ces procédés en particulier. Suivons l'ordre chronologique.

## LA BIFURCATION DE LORENZ

En 1903, Froelich avait remarqué que dans le cas d'ostéotomie trop oblique l'abduction faisait glisser le fragment inférieur sur le fragment supérieur et le plaçait dans le cotyle. Il avait noté un résultat fonctionnel moins bon et un raccourcissement plus important.

Dans son article de la Revue d'Orthopédie de 1903, il critiquait déjà la bifurcation de Lorenz qui ne fut mise au point qu'en 1919.

P.-M. Lance a fait une magnifique étude critique de cette technique opératoire. Les résultats que nous avons observés chez nos malades coïncident avec ceux publiés par cet auteur.

### *Technique :*

Elle est simple, Lorenz faisait son trait de fracture en face du cotyle. La section est dirigée d'avant en arrière et de haut en bas.

Le deuxième temps, qui est capital, consiste à placer le fragment inférieur dans la cavité cotyloïde inhabitée. Au cours de ce temps, on sent parfois, comme l'a bien expliqué le Dr Thévenon (Thèse 1925) un ressaat plus ou moins net qui permet de se rendre compte que : « la reposition est faite et que le rebord du cotyle est suffisant ».

On doit plâtrer le membre en abduction variant de 40 à 50 degrés. Il ne faut pas exagérer cette position

car l'ankylose si fréquente dans cette opération condamnerait le sujet à marcher les jambes écartées.

Comme dans toutes interventions de ce genre un contrôle radiographique immédiat s'impose.

Un mois après on peut libérer le genou évitant sa raideur et permettant de timides mouvements de la jambe. Lorenz préconisait aussi une physiothérapie intense.

Cette méthode fut adoptée par les Autrichiens, les Allemands, les Anglo-Saxons. En France elle ne fut guère prisee, le peu d'observations publiées le prouve. Les modifications apportées à la technique de Lorenz quant au siège de l'ostéotomie, son trajet, le degré de l'abduction ne tentèrent pas davantage les chirurgiens français.

### *Résultats.*

Les statistiques publiées par P.-M. Lance donnent en moyenne : 50 % de bons résultats dans la luxation unilatérale et 40 % de bons résultats dans la luxation bilatérale.

Le reste des cas est partagé par les résultats satisfaisants, mauvais et les échecs.

Voyons les accidents propres à la bifurcation de Lorenz.

### *Douleurs.*

Le malade ne trouve pas toujours la suppression de sa douleur d'arthrite. Les algies inhérentes à sa luxation sont parfois remplacées par la compression dou-

loureuse exercée par le fragment intra-cotyloïdien, nécessitant sa résection : Malade de Camitz, malade du Professeur Mathieu cités par le Dr Lance.

On note aussi le manque d'appui intra-cotyloïdien par défaut de position de l'angulation osseuse, d'où mobilité douloureuse.

### *Résultats fonctionnels et esthétiques.*

Si par un bon appui le malade obtient une statique suffisante, l'ankylose en abduction le contraint à marcher les jambes écartées, d'une manière inesthétique.

Les déformations des membres opérés (abduction, raccourcissement, genu valgum) sont telles que beaucoup d'auteurs (Gazotti, Galeazzi, Baron, Lance, Gaeslen), n'opèrent que les luxations intégralement unilatérales.

Si l'ankylose n'est pas toujours totale, on rencontre souvent chez ces opérés une limitation importante des mouvements.

P.-M. Lance cite à ce sujet deux observations, l'une de son père, l'autre de M. le Professeur Mathieu. Nous avons eu l'occasion de le constater chez certaines de nos malades.

Lorenz dans la conception de son opération semble oublier la valeur du fragment supérieur et des muscles qui s'y inserrent.

Cette intervention est donc à rejeter et l'opinion de P.-M. Lance a son sujet résume l'état d'esprit des chirurgiens français actuels :

- Risques et difficultés techniques de réalisation;
- Conditions d'appui non satisfaisantes ou sinon limitation à peu près fatale des mouvements;
- Raccourcissement marqué, abduction permanente
- Déficience fonctionnelle des muscles fessiers.
- Nous pouvons encore citer deux cas de non soudure des deux fragments.

### OSTÉOTOMIE EN FACE DU COTYLE

#### *Technique.*

Froelich le premier réalisa cette opération qui avait pour but de faire le bassin prendre appui sur l'angle d'ostéomie.

Von Bayer, dans ce même ordre d'idée s'appliqua à faire basculer au maximum le fragment supérieur et à obtenir ainsi un abaissement du grand trochanter.

Il faut dans cette intervention veiller à ce que les deux fragments restent en contact et qu'ainsi l'inférieur ne vienne pas bomber dans le triangle de Scarpa.

Dans le plâtre le membre doit avoir une abduction de 45° et une rotation interne, 3 mois de contention sont nécessaires. Dans le cas d'un raccourcissement trop marqué une traction continue légère est utile.

#### *Difficultés.*

Pour obtenir un bon résultat, il faut dans cette méthode pratiquer la section au point d'élection, afin que l'angle se niche exactement dans le cotyle.

Si le contact n'est pas intime entre les deux fragments, l'inférieur glisse en dedans du supérieur et nous retombons dans la bifurcation de Lorenz.

La douleur disparaît à peu près toujours. Mais il faut veiller à ce que l'abduction disgracieuse ne soit pas trop prononcée.

Il faut aussi que le malade ne marche qu'avec un cal solide, sinon il y a tendance à l'angulation en avant et menace des vaisseaux et des nerfs.

Le redressement de l'angulation d'ostéotomie voulue par l'opérateur est aussi à redouter. La longue immobilité forcée est néfaste.

#### OSTÉOTOMIE DE SCHANZ

Schanz a recherché l'appui ischiatique afin que dans la station debout, au repos, le bassin soit correctement supporté par le fémur du côté luxé. C'est ainsi que, dans la marche lorsque la jambe saine sera en mouvement l'équilibre sera parfait et le signe de Duchenne-Trendelenburg n'existera plus.

##### *Technique.*

L'Ostéotomie doit être faite en face de la partie la plus déclive du pelvis, le maintien de l'angulation optima devant supprimer le signe de Duchenne-Trendelenburg.

L'ostéotomie se trouve donc être plus basse que dans les autres cas, à une douzaine de centimètres au-dessous du grand trochanter.

L'angle, est celui formé par la direction de la diaphyse fémorale en adduction maxima avec l'axe du corps à ce moment.

Le maintien de cet angle est obtenu par deux vis fixées soit par l'appareil plâtré, soit reliées par un fil (Ombredanne). Riedel utilise une prothèse externe. Lorsque le cal est solide, on enlève ces tuteurs. Le plâtre est conservé deux mois environ.

### *Résultats.*

Les statistiques de Schanz, de Gaeslen, de Camitz donnent pour la luxation congénitale de la hanche unilatérale des résultats excellents au point de vue statique, boîterie et douleurs. Dans la bilatéralité des lésions ils sont médiocres.

Nous avons constaté chez une de nos malades que si l'abduction, le raccourcissement étaient un peu améliorés la flexion se trouvait considérablement diminuée. Cette malade était dans l'impossibilité totale de monter une marche, elle ne pouvait s'asseoir correctement sur une chaise.

Cependant cette limitation des mouvements est moindre que dans la bifurcation de Lorenz. Les opérés ont tout de même reçu une amélioration appréciable.

### *Critiques.*

Mais en est-il de même à tout coup ? L'amélioration est-elle durable, l'appui est-il solide ? En général l'opération est bien réussie par les chirurgiens,

malgré la difficulté technique et le calcul de l'angulation optima à donner.

Le redressement de l'angle, que Froelich ne constate que 2 fois sur 19 dans son opération, est ici plus fréquent.

Dans son travail P.-M. Lance dit que dans 1/3 des cas, il se redresse partiellement.

Les conséquences n'en sont pas si désastreuses, l'appui s'éloigne mais il persiste.

Il est instable et incomplet.

Les surfaces en présence expliquent son instabilité et la variation de l'épaisseur des parties molles suivant les individus est cause de l'insuffisance.

Les opérés gardent une légère boîterie.

Une plus grande abduction permettrait un contact meilleur, mais le résultat esthétique serait irrémédiablement compromis.

De ces observations nous concluerons : il est utile de n'opérer suivant cette méthode qu'un seul côté : luxation unilatérale. Si l'autre côté est touché, est douloureux utiliser une autre technique (Gaeslen).

Scherb et Francillon voulant corriger les défauts précités, y apporter remède, ont pratiqué l'ostéotomie diaphysaire haute.

Nous ne connaissons que superficiellement les résultats qu'ils ont obtenus.

Ils ne semblent pas avoir été suivis.

---

## OSTEOTOMIE AVEC APPUI SUR LE FRAGMENT SUPERIEUR

---

Toujours à la recherche d'un résultat meilleur, Camera, Kopitz et surtout M. Lance mettent au point une nouvelle méthode technique d'ostéotomie sous-trochantérienne.

L'expérience leur ayant montré tout le bien que l'on retire d'un appui pelvien efficace, ils ont utilisé pour point de bûée le fragment supérieur du fémur, placé en adduction totale contre le Pelvis.

### *Technique.*

Dans son ouvrage, P.-M. Lance expose sa méthode, que nous avons commencée à appliquer chez nos infirmes.

Ne disposant pas encore du matériel spécial et surtout du davier-tracteur de Lance, voici dans quelle condition M. Pilven a réalisé cette opération :

La malade étant placée sur la table orthopédique le membre lésé en abduction légère, une incision de 8 cm. du grand trochanter vers la crête iliaque fut faite.

Le fascia lata, des fibres du grand fessier incisés on

fit passer au moyen d'une aiguille courbe un fil de bronze tracteur dans l'angle formé par la face interne du grand trochanter et la partie du col fémoral adjacente.

Ce fil étant maintenu par une pince de Kocher on referma cette plaie.

Parallèlement à la face externe du fémur nous fîmes l'incision classique des ostéotomies sous trochantérienne.

L'os étant ruginé on en vint à la taille du tenon osseux. On repère le petit trochanter, à l'aide du bistouri on fait le tracé du tenon : 3 cm. de côté. Pour ne pas éclater l'os on perfore aux quatre angles de ce quadrilatère des orifices. Des écarteurs protègent vaisseaux et tissus mous.

Ces précautions étant prises, on réunit les trous sauf les deux inférieurs. L'ostéotomie est faite transversalement bien en dessous du repère, le petit trochanter.

On adapte alors le tenon à la mortaise supérieure. C'est à ce moment que le tracteur devient utile. Un aide tire sur notre fil de bronze, d'une main l'opérateur aidé d'un davier de Farabeuf repousse en adduction, bascule complètement le bas du fragment supérieur contre le pelvis.

L'autre main guide la pénétration du tenon dans la mortaise. Un deuxième aide donne une légère abduction au membre, tout en poussant légèrement de bas en haut. On obtient ainsi une bascule complète et une meilleure coaptation des deux fragments.

La traction est maintenue par une planchette placée entre les deux chefs du fil de bronze tendu au plus haut point.

Des radiographies immédiates, puis répétées permettent un contrôle constant de la position respective des deux fragments.

*Considérations sur cette opération.*

— L'utilisation de l'appui sur le fragment supérieur semble d'après les statistiques donner un meilleur pronostic aux ostéotomies sous-trochantériennes.

Quelles sont les considérations qui ont poussées Ugo Camera à établir ce nouvel appui. P.-M. Lance nous les cite :

« ...Constituer un appui solide, stable indolore, durable et qui ne soit pas conditionné par une abduction donnée du fragment diaphysaire ;

... — Permettre de modifier au mieux les conditions de la statique du membre luxé, à savoir : reporter en avant la ligne d'appui du fémur, mettre en tension les muscles fessiers ;

... — Enfin être d'une réalisation technique assez simple. »

(In. Les ostéotomies sous-trochantériennes, P.-M. Lance, p. 105).

La lecture des observations publiées par l'auteur, l'étude d'une de nos dernières opérées, nous montrent l'excellence des résultats obtenus.

Cela explique la tendance actuelle à en venir à cette méthode.

Nous avons une stabilité qui tire sa valeur du contact large, étendu qu'à l'os coxal avec l'extrémité supérieure du fémur et avec le petit trochanter.

Comme le fragment supérieur malgré son adduction complète reste indépendant du pelvis, la mobilité du membre est très bonne.

En outre elle ne risque pas de faire perdre l'appui, certains auteurs l'avaient pensé. Mais l'appui constant n'est pas nécessaire, il faut seulement qu'il soit suffisant au moment où le membre devient porteur. P.-M. Lance insiste à juste raison sur la nécessité d'une abduction intense. Nous ne risquons donc pas d'avoir à réintervenir pour corriger des genu valga.

La lordose est améliorée par la flexion légère et la petite hyperextension que l'on donne au membre dans le plâtre.

### *Complications.*

Nous trouvons dans cette opération les mêmes accidents primitifs que l'on trouve dans les autres méthodes : l'anesthésie et ses suites.

Hématome, fractures comminutives.

La taille du tenon est délicate, il faut éviter de faire éclater l'os.

Il y a aussi la difficulté d'avoir un petit trochanter en face du cotyle. L'éclectisme et l'habileté du chirurgien viennent à bout de ces contre-temps. Il ne faut pas non plus donner, dans le plâtre une flexion trop exagérée au membre, la conséquence en serait une flexion active, fonctionnelle diminuée. Le malade ne

pourrait monter un escalier, il ne pourrait se chauffer.

Nous venons de voir successivement et succinctement les divers traitements possibles dans les cas de luxation congénitale de la hanche invétérée, douloureuse, dans les cas de coxarthrie des subluxés.

Nous avons à peine effleuré les traitements médicaux pour nous étendre davantage sur les différentes interventions chirurgicales.

Avant de tirer des conclusions nous allons étudier les observations des interventions auxquelles nous avons aidé, ou qui nous furent communiquées par notre mentor le docteur Pilven chirurgien à l'hôpital de Quimper.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I.

Sœur R. du S. C. se présente chez le Docteur Pilven pour trouver remède à sa douleur, le 10 mars 1936.

#### *Interrogatoire.*

Elle est âgée de 52 ans, elle a toujours boité. Mais depuis quelques années elle a commencé à souffrir, légèrement d'abord après de longues marches, puis de plus en plus. Elle est devenue véritablement impotente.

#### *Examen.*

La marche nous montre une bascule importante à droite. La station sur la jambe de ce côté est rendue impossible par la douleur. A gauche, elle est normale.

Le membre droit est en adduction et rotation interne. On sent la tête en avant.

#### *Etude des mouvements.*

Ils sont abolis. Leur recherche est tellement douloureuse que la malade ne la tolère pas.

#### *Radiographie.*

Elle nous montre une luxation antérieure de la tête fémorale avec ascension de 4 cm. environ. Elle s'est formée un néocotyle qu'elle n'occupe qu'à moitié.

Il existe des troubles trophiques d'arthrite considérables : contours détruits, ostéoporose, ostéophytes, déviation de l'axe de la diaphyse.

La hanche affecte l'allure de ce qu'on appelait autrefois « coxae morbus senilis ».



Rad. I

M. Pilven propose à la malade de l'opérer. Elle hésite et refuse.

Mais les douleurs sont intolérables et la malade quelques mois plus tard revient.



Rad. II

### *Intervention.*

Le 29 novembre 1936, elle est placée sur la table orthopédique. On lui fait une ostéotomie de direction à la hauteur de la tubérosité ischiatique (type Schanz).

La section passe juste au-dessous du petit trochanter. Le membre est plâtré en abduction de 25°. Les jours suivant l'opération la sœur est heureuse, tout s'est bien passé, elle ne souffre plus.

Vu l'âge de la malade on la garde au lit jusqu'à mi-février 1937.

La malade est étonnée de pouvoir tenir sur les jambes.

Une radiographie du 27 février 1937 nous montre que les deux fragments sont bien solidaires. Le fragment supérieur est couché sur le Pelvis. Quelques mois plus tard les sœurs de la clinique nous apprennent que Sœur R. du S. C. a repris ses occupations. « Je trotte comme un lapin » dit-elle.

Satisfait du résultat obtenu malgré les troubles trophiques constatés à la 1<sup>re</sup> radio de l'articulation, le Dr Pilven fit, le 3 octobre 1938, soit deux ans après l'intervention une graphie de la hanche opérée.

Nous nous trouvâmes en présence d'une régénération osseuse de la région épiphysaire et de l'os coxal. La tête recalcifiée possède un contours net, l'espace articulaire a retrouvé ses contours nets. Cette hanche que nous avons connue ankylosée, douloureuse, est redevenue mobile. Elle a récupéré les deux tiers de sa mobilité normale.

Par conséquent excellent résultat.

(Radio I et Radio II).

### OBSERVATION II.

Le 5 décembre 1937 Victorine D..., 35 ans, entre à l'hôpital pour douleur à la hanche droite.

### *Interrogatoire.*

La malade nous dit que sa hanche droite a toujours été plus faible que l'autre. Les longues promenades la faisaient boîtiller de ce côté. Mais depuis deux ans les douleurs et la boîtierie ont considérablement augmenté.

### *Examen.*

La station debout montre une malade prenant son équilibre sur le côté gauche.

La marche nous fait apercevoir une légère boîtierie droite. Le signe de Duchenne-Trendelenburg est faiblement positif.

On constate la légère ascension du grand trochanter à droite. Le membre est en légère adduction.

### *Etude des mouvements.*

Ils sont normaux à gauche. A droite ils provoquent la douleur et sont limités surtout pour l'abduction qui n'atteint pas 45 degrés, et pour la flexion.

### *Radiographie.*

Elle nous montre une subluxation de la tête fémorale droite avec légère ascension.

Il y a des troubles trophiques d'arthrite déformante avec coxa plana.

Pour combattre la douleur le Docteur Pilven décide une ostéotomie sous-trochantérienne de direction.

### *Intervention.*

Le 10 décembre 1937 la malade est placée sur la table orthopédique.

L'ostéotomie est faite à 5 cm au-dessous du grand trochanter. Le membre est plâtré en abduction à 30 degrés.

L'opération et ses suites sont parfaites.

Deux mois après le plâtre est enlevé.

On commence à mobiliser le membre, il y a évidemment une diminution des mouvements. Mais la douleur a disparu.

En mars la malade marche sans douleur mais elle fatigue vite. La radio montre un col mou. Au début Avril, elle quitte le service guérie heureuse de marcher sans douleur.

Le 5 juin 1938 nous revoyons la malade. Elle se déplace toujours sans souffrir mais nous constatons une légère diminution de l'amplitude des mouvements de son article. La femme nous dit préférer cette ankylose légère à la douleur.

Résultat : mauvaise mobilité : le tiers; mais au point de vue douleur excellent.

L'amélioration fonctionnelle est telle que la femme a repris son service dans une usine de conserve de poissons.

### OBSERVATION III

Mademoiselle Marie Le B..., 30 ans se présente le 17 janvier 1938 à la consultation du Docteur Pilven, qui la fait rentrer dans son service à l'Hôpital.

#### *Interrogatoire.*

La malade est venue au chirurgien, pour sa douleur.

Elle a toujours boité du côté droit. « Je ne suis pas la seule dans la famille », nous dit-elle.

Jusqu'à ces temps derniers elle a supporté allègrement son infirmité. L'adduction de sa jambe était telle que la pauvre fille s'était vouée au célibat.

Mais depuis un an environ elle a commencé à souffrir, après les fatigues d'abord, puis constamment. Les douleurs sont telles que la patiente doit garder la chambre. Depuis huit mois elle n'a pas marché.

### *Examen.*

Nous nous trouvons en présence d'une forte femme qui se tient en équilibre sur la jambe gauche. Le pied droit effleure le sol, elle ne peut y appuyer tant elle souffre.

Cette jambe est plus courte de 5 cm. Elle est en adduction et rotation interne très marquées. Sa musculature est atrophiée : les fessiers sont fondus. Nous ne recherchons pas le signe de Trendelenburg-Duchenne, à cause de la douleur, il existe certainement.

### *Palpation.*

Dans la fosse inguinale droite on sent la tête fémorale. Le grand trochanter est plus élevé de 5 cm. de ce côté.

### *Etude des mouvements.*

A gauche : ils sont normaux.

A droite : la flexion a 20 degrés fait crier le malade.

L'abduction ne dépasse pas 10 degrés, l'adduction est très limitée, la rotation externe est impossible.

### *Radiographie.*

Elle confirme la luxation congénitale antérieure de la tête fémorale droite.

Il y a formation d'un néocotyle. Il y a des troubles d'arthrite importants.

Le petit trochanter se trouve situé en face du cotyle normal.

Il est décidé de faire l'ostéotomie sous le petit trochanter en face de la cavité libre.

### *Intervention.*

Le 21 janvier 1938, l'ostéotomie est réalisée à l'endroit optima. Le trait de section est oblique de bas en haut situé exactement au-dessous du petit trochanter. On fait basculer le fragment supérieur et le petit trochanter va

se mettre en contact de la cavité cotyloïdienne normale. La jambe est plâtrée en abduction à 25 degrés, le fragment inférieur vient bûter sur le fragment inférieur. C'est une forme du procédé de Lance avant la lettre.

Les suites opératoires sont excellentes, la malade ne souffre plus.

Au bout de 40 jours on mobilise le genou et on entreprend une physiothérapie intense. Une radiographie du 5 avril 1938 nous montre un fragment supérieur bien basculé. Le contact des deux pièces osseuses se faisant au niveau du bord inférieur de l'ancien cotyle.

Dès lors la malade se lève et marche quelques minutes sans douleurs.

Quand elle quitte l'hôpital 1 mois après son articulation a trouvé une certaine laxité.

Flexion : 60°;

Abduction : 40°;

Adduction : 25°;

Rotation externe limitée.

Cette malade comme la précédente est venue nous voir, et dit avoir retrouvé avec plaisirs ses occupations dans une usine de conserve de poissons.

*Résultats* : Excellent appui, bonne position, bonne mobilité, plus de douleur.

#### OBSERVATION IV

Le 6 février 1938 est entrée dans le service hospitalier du Docteur Pilven une jeune femme qui boîte et qui souffre.

##### *Interrogatoire.*

Mlle Victorine Q..., a toujours boîté. Elle a marché très tard, à 20 mois. Jusqu'à il y a un an, elle n'avait ja-

mais souffert. Elle cite dans sa collatéralité deux infirmités semblables.

Pendant longtemps elle a pu vaquer à ses occupations. Mais depuis 10 mois environ sa douleur a augmenté considérablement.

Elle est condamnée maintenant à la position allongée. Cette impotence l'a décidé à se faire opérer.

### *Examen.*

Nous l'examinons couchée. La malade est maigre, ses deux hanches sont saillantes. Elle a une ensellure lombaire marquée et une scoliose vers la droite. Les fessiers n'existent plus.

L'adduction de ses deux membres est telle qu'il se croisent, les genoux frottent.

### *Palpation.*

A droite : on sent la tête dans la fosse iliaque.

A gauche : on perçoit mal la tête et l'ascension est moindre de 2 cm.

### *Etude des mouvements.*

A droite : Abduction limitée à 10 degrés. Adduction est la position immuable. Flexion atteint 40 degrés environ. Rotation externe impossible.

A gauche : Abduction atteint 40 degrés; Adduction très limitée, flexion peut se faire jusqu'à 70 degrés; Rotation externe possible mais douloureuse.

### *Radiographie.*

Le cliché confirme la luxation bilatérale des hanches, nettement postérieure à droite, moins à gauche où il y a un néocotyle.

Les troubles trophiques sont plus marqués à droite mais des deux côtés il y a arthrite.

Les os sont grêles. Le Bassin est aplati et élargi. Mon-

sieur Pilven décide de faire une bifurcation de Lorenz à droite et une ostéotomie d'appui à gauche et ce, au courant de la même anesthésie.

*Intervention.*

La jeune femme est placée sur la table orthopédique et est endormie le 11 février 1938.

A droite : la section est faite à 5 cm. du sommet du grand trochanter, elle est oblique en dedans et en bas. Le membre est tenu par un aide en abduction à 40 degrés.

A gauche : la section est faite au niveau supérieur du petit trochanter, on donne au membre une forte abduction : 45 degrés, afin de faire appuyer la tubérosité trochantérienne sur le pelvis.

Un grand plâtre prenant jambes et bassin maintient la malade dans cette position.

Immédiatement, la difficulté de remettre l'opérée au lit, nous fait regretter la double opération. Les jours suivant la malade est très fatiguée, elle souffre, mais vite est remontée.

Le côté droit reste douloureux.

Il nous faut attendre le 12 mars 1938 pour avoir une radiographie.

Elle nous montre a droite une bifurcation de Lorenz qui n'a pas tenu : le fragment diaphysaire trop remonté est parallèle au col fémoral.

L'abduction était trop forte, l'ascension du segment diaphysaire a dépassé le cotyle.

A gauche le petit trochanter a un bon appui, mais le contact avec le fragment proximal, nous fait craindre une ankylose en abduction trop importante.

Nous décidons de remédier à ce défaut en réduisant complètement l'abduction.

On replâtre la malade dans cette nouvelle position le 15 mars 1938.

Vers la mi-Avril, on libère du plâtre, les deux genoux. La hanche droite est toujours douloureuse.

Fin Avril la jeune femme fait ses premiers pas, son côté gauche ne la gêne pas, mais à droite il existe de la douleur et un raccourcissement marqué.

Le 4 mai 1938 nous faisons faire une radiographie : A gauche il y a un excellent appui au niveau du bord supérieur de l'ancien cotyle.

A droite le fragment distal trop remonté est nettement antérieur et empiète sur l'autre fragment. C'est la cause de la douleur : compression dans le triangle de Scarpa.

On décide de réséquer le segment disphysaire trop remonté.

### *Seconde intervention.*

Le 9 mai 1938 Victorine Q... est placée à nouveau sur la table orthopédique.

On resèque 4 cm. d'os au niveau inférieur du fragment supérieur. On donne au membre une abduction de 10 degrés, on bascule le fragment supérieur contre le pelvis et on fait un plâtre pelvi-crural.

La malade supporte vaillamment cette nouvelle opération et, constate avec plaisir que sa douleur a disparu.

Deux mois après la jeune femme se lève et marche aidée de deux cannes et sans douleur. Le raccourcissement à droite à notre étonnement n'est que de 5 cm.

Pendant toute la durée de son hospitalisation une physiothérapie intense fut pratiquée. Personnellement j'ai eu l'occasion de revoir cette courageuse malade en novembre 1938, son état général est excellent, mais aussi l'état de ses articulations.

Elle fait des promenades de 2 km sans douleur, et m'a-t-elle dit : « Ce n'est là qu'un commencement ».

La hanche gauche a une très bonne mobilité, la han-

che droite qui subit tous les maux s'améliore chaque jour.

*Conclusion :*

Ne jamais intervenir simultanément sur les deux hanches, choc trop intense.

Abandonner le Lorenz chez les bilatéraux, toujours chercher un appui excellent et non factice.

OBSERVATION V

Mademoiselle Marie S..., 18 ans entre à l'Hôpital dans le service du Dr Pilven le 6 février 1938 parce qu'elle souffre de la hanche droite.

*Interrogatoire.*

Elle nous apprend qu'elle a eu autre fois une luxation bilatérale des hanches. Ces luxations congénitales furent réduites d'excellente façon par le Docteur Pouliquen de Brest.

Depuis cette jeune fille n'a pas boîté, elle n'a pas souffert. Jusqu'en septembre 1937 tout a été pour le mieux. A cette date après une saison fatigante comme fille de salle dans un hôtel de plage sa hanche a commencé à lui être douloureuse.

*Examen.*

La malade est une forte fille brune, elle a une démarche un peu « roide, guindée ». Elle n'ose pas appuyer sur la jambe droite.

Ni à droite, ni à gauche, elle n'a le signe de Duchenne-Trendelenburg.

Son ensellure lombaire est assez marquée, elle a tendance en outre à la scoliose droite.

### *Etude des mouvements.*

Normaux à gauche, à droite ils sont un peu limité par la vigilance musculaire due à la douleur.

### *Radiographie.*

Elle nous montre qu'à droite la tête fémorale a une tendance à se projeter en avant. Le toit cotyloïdien la soutient mal.

A gauche la tête est bien placée dans la cavité articulaire. On note de ce côté une déformation de l'aile iliaque qui est moins large qu'à droite.

Vu le peu de lésion, l'âge de la jeune fille, le Dr Pilven estime qu'une bûtte par greffe ostéoplastique doit être d'abord tenté.

Si la coxarthrie ne cède alors, non plus qu'aux traitements médicaux, nous aviserons pour l'ostéotomie.

### *Intervention.*

Le 11 février 1938, une greffe ostéopériostique est prélevée au tibia gauche.

On la place dans un trou perforé dans l'os coxal juste au-dessus du toit déficient. Sa position est très antérieure.

Un plâtre pelvi-trochantérien maintient le membre en légère abduction.

Le 15 mars 1938 une radiographie nous montre que la greffe a pris.

Dès lors on commence la mobilisation et le 10 mai la malade nous quitte, marchant correctement et sans douleur.

Au début de juin, elle passe par l'hôpital revoir ses amies de salle.

Elle ne souffre plus et s'en va faire « la saison » dans un hôtel d'une plage voisine.

*Résultat :*

Coxarthrie par tendance à la subluxation, excellent résultat immédiat. Persistera-t-il ? La malade étant jeune nous pouvons l'espérer.

OBSERVATION VI

Marie-Anne P..., âgée de 16 ans entre dans le service du Docteur Pilven le 10 février 1939.

*Interrogatoire.*

La malade a marché très tard à 23 mois. Elle a toujours boité, est chétive, malingre.

Depuis 5 mois elle a commencé à souffrir, elle se plaint surtout du genou droit et des lombes.

*Examen.*

La jeune fille a des lésions de rachitisme. Au repos debout les jambes ont tendance à se croiser et les genoux se touchent tant est forte l'adduction. L'intensité de la douleur la condamne à l'immobilité. Elle consent malgré tout à marcher devant nous : son corps balance alternativement sur les deux hanches. C'est la classique démarche en canard.

La jambe droite est plus courte, d'où scoliose; l'ensellure lombaire est très marquée.

La malade s'arrête d'instinct sur la jambe gauche, la pointe du pied droit au sol, complète l'équilibre. Cette position nous montre un Duchenne-Trendelenburg positif à gauche.

L'atrophie fessière indique qu'à droite, il est semblable. Nous le cherchons pas pour permettre à la fillette de se reposer.

### *Palpation.*

A droite : nous sentons en arrière à travers les fessiers la tête fémorale.

A gauche : La tête fémorable est moins postérieure et est moins sensible, les fessiers étant plus importants.

### *Etude des mouvements.*

A droite : l'abduction, l'adduction, la flexion, la rotation interne de la tête, sont excessivement limités.

La recherche de ces mouvements fait crier la pauvre petite infirme.

A gauche : la hanche est beaucoup plus libre.

### *Radiographie.*

Elle nous confirme la luxation bilatérale des têtes fémorales.

A droite : la luxation est franchement postérieure, l'ascension est plus marquée.

A gauche : la tête est en arrière de la crête partant de la tubérosité d'insertion du tenseur du fascia lata. Elle occupe un néocotyle.

Nous trouvons de gros troubles trophiques des os en présence. Ils sont grêles, mal nourris.

Comme dans l'observation précédente, il est décidé une bifurcation de Lorenz à droite, et pour plus tard une ostéotomie de direction à gauche.

### *1<sup>re</sup> intervention : Côté droit.*

Le 23 février 1938 la malade dont nous avons remonté l'état général, est placée sur la table orthopédique.

La section de l'os est faite à 5 cm., du sommet du grand trochanter. Le membre placé en abduction à 45 degrés, l'extrémité supérieur du fragment diaphysaire semble être dans la cavité cotyloïdienne inoccupée. Nous donnons une légère rotation interne et un pelvi-plâtre

maintient cette position. Les suites opératoires sont bonnes, la malade ne souffre plus.

## 2<sup>e</sup> intervention.

12 jours après la malade subit une ostéotomie de direction au niveau inférieur du petit trochanter. Un plâtre solidaire du premier maintient une abduction de 40 degrés.

Cette seconde opération est bien supportée.

Une radiographie du 11 mars nous permet de constater :

### 1°) A droite :

Une bifurcation de Lorenz en excellente position. Le fragment diaphysaire est logé dans l'ancienne cavité articulaire. Le fragment supérieur est basculé sur lui.

### 2°) A gauche :

Le segment diaphysaire est trop remonté. La trop grande abduction semble en être cause. Sous anesthésie nous remédions à ce défaut et après traction nous faisons un nouveau plâtre.

Le 7 mai le plâtre est enlevé et nous essayons la mobilisation des membres. Nous constatons que les deux cals sont mous.

Le 10 mai une radiographie nous montre qu'à droite la position est toujours bonne. Mais à gauche l'ascension du fémur est toujours trop forte.

La jeune fille continue à garder le lit et attend la consolidation de ses fractures.

Elle ne souffre pas, mais malgré la physiothérapie, les U. V. les muscles restent faibles. Elle n'a pas d'ankylose, la station debout est possible sans douleur mais la déficience musculaire empêche la marche. Il faut attendre la fin de Juillet pour voir Marie-Anne P... se lever et

vouloir marcher... sous contraintes. En Août de plein gré, armée de deux cannes elle circule dans les couloirs.

Elle quitte le service en septembre : elle n'a pas de douleurs mais la marche sans cannes est impossible.

Nous conseillons aux parents de soigner l'état général de cette fille.

En novembre nous les revoyons, leur fille marche mieux, l'amélioration continue.

### *Résultats :*

Très bons au point de vue opératoire. Ils eussent été meilleurs, sinon le terrain rachitique que présentait cet enfant.

## OBSERVATION VII

Le 20 mars 1938, se présente à la clinique du Docteur Pilven la sœur A. J. B.

Elle a toujours boité, depuis déjà quelques années, elle a commencé à souffrir.

Aucune thérapeutique n'a pu vaincre sa douleur. Lassée de tant souffrir, et voulant continuer ses fonctions elle se décide à l'opération.

### *Examen.*

Elle marche difficilement et plonge à droite, ce membre est plus court de 6 cm. environ.

**Le côté gauche est normal.**

Elle présente une scoliose de compensation et une lordose douloureuse. Le membre droit est en adduction, elle ne peut rester en équilibre de ce côté. Il y a atrophie des fessiers et un signe de Duchenne-Trendelenburg positif.

### *Etude des mouvements.*

- L'abduction n'atteint pas 20 degrés;
- L'adduction est très limitée;
- La rotation externe est impossible;
- La flexion forcée va à peine jusqu'à 40 degrés.
- La recherche de ces mouvements fait crier la sœur, elle est véritablement impotente.

### *Radiographie.*

Elle montre une subluxation de la tête fémorale à droite. Le cotyle est lésé, il y a un toit déficient et des troubles d'arthrite sèche intenses.

Il est décidé une butée ostéoplastique, réfection du toit insuffisant et une ostéotomie de direction complémentaire.

### *Intervention.*

Le 23 mars 1938 on intervient. On rabat sur la tête fémorale un bon volet iliaque. Au dessus on perfore l'os iliaque et on y place des fragments ostéo-périostiques prélevés au tibia gauche, en position antérieure.

L'ostéotomie est faite sous le petit trochanter, le trait de section partant de cette tubérosité se dirige en bas et en dehors (8 à 9 cm au-dessous du grand trochanter).

Un plâtre pelvi-cruval maintient les fragments le membre étant en abduction de 10 degrés environ.

La malade supporte bien l'opération mais se plaint toujours de sa hanche.

Une radiographie du 27 mars nous montre que l'abduction n'est pas assez prononcée, nous l'accentuons à 20 degrés.

Les douleurs disparaissent alors, et une nouvelle radiographie nous confirme la position très bonne des fragments de l'ostéotomie et de la greffe.

A la fin de Mai, la sœur se lève et marche dans la

chambre sans douleur, à l'aide d'une canne. L'amplitude des mouvements est faible. En septembre 1938 la sœur qui est rentrée à la maison-mère nous donne de ses nouvelles :

Ses mouvements sont plus libres, elle a oublié ses douleurs et repris ses occupations. L'auvent iliaque, soutient la tête et empêche son ascension. L'ostéotomie a en outre donné une bonne direction au membre. Résultat très bon à tous les points de vue.

#### OBSERVATION VIII

Marie P..., âgée de 15 ans entre le 5 octobre 1938 parce qu'elle boîte et qu'elle souffre. Elle est atteinte d'une luxation congénitale bilatérale.

##### *Interrogatoire.*

La malade a toujours boîté, mais elle n'a commencé à souffrir que depuis 6 à 7 mois. Auparavant sa lésion ne l'empêchait pas de s'amuser avec les enfants de son âge.

Depuis Avril elle a constaté que les longues promenades, puis la simple station debout lui donnaient des douleurs dans les cuisses, dans les lombes. Cette fille a marché à 18 mois. Ses père et mère sont bien portants.

Son frère âgé de 10 ans est normal, mais nous voyons le même jour pour les mêmes lésions sa sœur.

Une tante maternelle est boîteuse.

##### *Examen.*

La malade marche en se dandinant, la boiterie est plus accentuée à droite, elle plonge de ce côté. L'adduction de la jambe droite croise l'autre à l'arrêt. Les genoux frottent.

Elle a une lordose très accentuée et présente une scoliose ne corrigeant qu'imparfaitement la plus grande longueur du membre gauche.

La station sur le côté gauche est possible et le signe de Duchenne-Trendelenburg est faiblement positif.

La malade ne peut tenir en équilibre sur la jambe droite et de ce côté le signe de Duchenne-Trendelenburg est très fortement positif.

#### *Etude des mouvements.*

A droite : La rotation externe est presque impossible.

L'abduction est d'environ 20 degrés.

L'adduction est permanente et la douleur la rend immuable.

La flexion atteint 70 degrés environ.

On palpe la tête fémorale en arrière à travers les fessiers.

A gauche : Le membre est plus libre, la rotation externe se fait facilement. L'abduction atteint 45 degrés. L'adduction est limitée. Quant à la flexion elle est normale.

Le membre gauche est de 15 cm plus long que le droit.

#### *Radiographie.*

Les clichés confirment cet examen.

Nous nous trouvons en présence de deux luxations postérieures, avec énorme ascension de la tête fémorale à droite. Cette ascension est moindre à gauche, où la tête joue dans son néocotyle. Le bassin ovalaire est dévié à gauche et en bas, le sacrum est en hameçon.

Nous décidons une ostéotomie suivant la méthode de Lance à droite.

Quant au côté gauche le 1<sup>er</sup> résultat nous permettra d'aviser; Mais dès ce jour l'ostéotomie de direction est pressentie.

### *Intervention.*

Le 12 octobre 1938 nous tentons une ostéotomie sous trochantérienne avec appui sur le fragment supérieur, suivant la technique précédemment décrite, que nous empruntons au Dr Lance. A défaut du davier-tracteur de Lance nous obtenons la bascule du fragment supérieur et le contact par un fil de bronze rendu solidaire d'un davier de Farabeuf.

Un plâtre pelvi-cruval maintient le membre en légère abduction ( $20^{\circ}$ ) et en légère hyperextension pour atténuer la lordose.

Dès que l'opérée fut en état, nous la fîmes radiographier et nous eûmes l'explication de la douleur que la jeune enfant ressentait dans le triangle de Scarpa droit.

Au premier abord de face, la section osseuse semble un peu basse, mais cependant la position est bonne, le tenon est bien fixé.

Mais au fragment supérieur couché sur le pelvis nous remarquons une pointe osseuse qui menace les vaisseaux.

La correction de la lordose, l'extension dans le plâtre a entraîné une angulation antérieure exagérée des deux os au point d'ostéotomie. L'extrémité de cet angle vient pointer dans le triangle de Scarpa.

Nous enlevons le plâtre et intervenons à nouveau le 9 novembre 1938.

Nous sectionnons la partie menaçante, nous maintenons en présence les deux fragments de l'ostéotomie par deux fils de bronze solidaires à l'extérieur du plâtre. Nous diminuons un peu l'extension de la jambe.

Une radiographie du 11 novembre nous montre un excellent contact des deux fragments.

Mais le supérieur n'est plus couché d'aussi bonne façon contre le pelvis.

Marie P..., est contente et ne souffre plus.

Le 17 janvier 1939 nous la déplâtrons. Pendant ce laps de temps la malade a été l'objet d'une physiothérapie intense.

Au début de février Marie se lève et marche sans douleur.

Revue le 7 mars nous avons trouvé la jeune fille se promenant sans aide et faisant une promenade d'environ deux kilomètres.

Son jeune âge nous fait augurer d'une amélioration encore plus forte.

#### OBSERVATION IX

Emilienne P..., âgée de 13 ans est entrée dans le service pour les mêmes raisons que sa sœur le 5 octobre 1938.

##### *Interrogatoire.*

Elle a marché à 22 mois. Les parents constatant une boiterie identique chez la cadette, présentèrent leurs enfants au chirurgien. Mais ils reculèrent devant l'anesthésie et la durée de l'immobilité plâtrée.

Emilienne boîte moins que sa sœur, mais se fatigue vite et souffre beaucoup de la hanche et du genou droit. Par ailleurs elle est plus floride que sa sœur.

##### *Examen.*

Sa démarche légèrement dandinante n'est pas disgracieuse. Le défaut se remarque plus nettement à droite. Le membre droit est en légère adduction. La lordose est moins marquée que chez l'ainée. Il y a une légère scoliose droite.

La station sur le membre gauche est normale, sur la

jambe droite elle nous permet de constater un signe de Duchenne-Trendelenburg légèrement positif.

#### *Etude des mouvements.*

A droite : Rotation externe limitée; Abduction atteignant 40 degrés; Adduction encore possible; Flexion allant jusqu'à 90 degrés. On sent la tête postérieure. Tous ces mouvements sont douloureux.

A gauche : Les mouvements sont un peu limités quant à l'abduction et à l'adduction. Par ailleurs ils sont normaux.

#### *Radiographie.*

Elle nous prouve la bilatéralité de la luxation. Des deux côtés il y a une égale ascension de la tête fémorale. Mais à droite elle est très postérieure, tandis qu'à gauche elle est à peine postérieure et s'est creusée un néocotyle ou elle joue sans contrainte.

Le bassin est aplati.

Nous jugeons qu'une ostéotomie de direction à droite corrigeant l'adduction chassera la douleur.

Le docteur Pilven se réserve d'intervenir de la même façon sur l'autre membre si ultérieurement il se produit un déséquilibre.

#### *Intervention.*

Le 12 octobre 1938, Emilienne P... remplace sa sœur sur la table orthopédique.

Nous lui faisons une ostéotomie sous-trochantérienne en face du cotyle inhabité à 6 cm de l'extrémité supérieure du grand trochanter. Nous donnons au membre, dans la contention plâtrée pelvi-crurale une abduction de 20 degrés, le genou est mis en légère flexion. Pas hyper-extension du membre.

Dès le lendemain de l'opération la malade se sent bien, la gonalgie qu'elle ressentait même au lit a disparu.

La graphie nous montre que la position des fragments est excellente.

Le 15 novembre le genou est libéré et on le mobilise.

Emilienne P... est en excellente santé et le début de décembre la voit mettre le pied à terre. Elle reste à l'Hôpital jusqu'au 22 décembre pour tenir compagnie à sa sœur.

Le 7 mars nous avons revu cette enfant qui se promenait en compagnie de sa sœur. Elle ne souffre plus et a récupéré déjà les deux tiers des mouvements de son articulation.

AUTRES OBSERVATIONS CONCERNANT DES OSTÉOTOMIES  
SOUS TROCHANTÉRIENNES POUR LUXATIONS OU  
SUBLUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE DEVENUES  
DOULOUREUSES.

(Comuniquées par M. PILVEN).

OBS. X.

Avril 1934. — Mme Le D..., 23 ans, Chateaulin. Luxation congénitale droite devenue très douloureuse depuis 3 ans et surtout depuis la naissance d'un enfant il y a 1 an.

La marche est totalement impossible.

L'ostéotomie de Direction donne un résultat excellent : la jeune dame marche aussi longtemps qu'elle le veut, sans douleur et sans fatigue.

OBS. XI.

10 Mai 1934. — Mme Br...

Subluxation de la hanche droite avec arthrite douloureuse, immobilisant la malade.

Abaissement d'un volet iliaque, soutenu par un greffon tibial.

Bon résultat immédiat. Depuis pas de nouvelles.

OBS. XII.

Novembre 1934. — Mme J..., Ergué-Armel.

Arthrite extrêmement douloureuse de la hanche subluxée.

Impotence totale de la malade qui est vue par le professeur Heitz Boyer et le Dr Pilven.

On lui fait une ostéotomie sous trochantérienne de direction.

Pour maintenir l'angulation, on place une vis dans chacun des fragments de l'ostéotomie.

Les vis rendues solidaires sont fixées par le plâtre. Les suites opératoires sont troublées par l'apparition de 2 phlébites graves.

Malgré cela, le résultat actuel est aussi bon que possible.

La douleur a disparu complètement, Mme J... circule mais les mouvements de la hanche sont diminués des deux tiers.

OBS. XIII.

Avril 1935. — Mlle G..., Quimper 53 ans.

Arthrite chronique de la hanche droite. Subluxation congénitale de la tête fémorale.

Malade confinée à la chambre et au lit depuis plusieurs mois.

Elle a été longtemps traitée médicalement et n'en a obtenu aucun résultat.

Il lui est fait une ostéotomie sous-trochantérienne de direction. Le résultat fut excellent. La dame a retrouvé toute son activité.

OBS. XIV.

Septembre 1935. — Mlle Le B..., 32 ans de Concarneau.  
Luxation congénitale double.

Douleurs très vives à gauche immobilisant la jeune femme. De ce côté la tête fémorale est très élevée dans la fosse iliaque.

A droite, la douleur existe mais moindre et la tête fémorale est moins remontée.

Opération en 1 seul temps. Des 2 côtés bifurcation de Lorenz.

Les suites opératoires furent troublées par les difficultés inhérentes à la bilatéralité de l'appareil plâtré.

Actuellement Mlle Le B... ne souffre plus et fait facilement 4 kilomètres sans fatigue.

Malheureusement l'extrémité du fémur gauche ne reste pas fixé dans le cotyle et vient saillir dans le triangle de Scarpa.

La résection de cette pointe osseuse serait aisée mais Mlle Le B... refuse toute nouvelle intervention, satisfaite du résultat obtenu.

OBS. XV.

27 octobre 1936. — Sœur M... de Ste-M..., 43 ans.

Ostéotomie pour subluxation congénitale de la hanche gauche, arthrite douloureuse, très bon résultat.

OBS. XVI.

Mars 1937. — Mlle Marie K...

Subluxation de la hanche gauche avec grosse déformation en champignon de la tête fémorale. Section du fémur au ras du col pour que le petit trochanter vienne appuyer sur le bas du cotyle.

Résultat excellent, il est venu appuyer contre l'ischion  
Mobilité excellente. (Radio III).



Rad. III

OBS. XVII.

13 septembre 1938. — Sœur Marie de B. S., 46 ans,  
anglaise.

Subluxation congénitale.

Toit et ostéotomie basse de direction.

Ne souffre plus. Mais il y a eu adduction du fémur par glissement du segment diaphysaire au niveau de l'ostéotomie. A revoir.

OBS. XVIII.

13 octobre 1938. — Sœur J. de M..., 38 ans, Plouvorn.  
Subluxation congénitale douloureuse droite.

Toit et ostéotomie de déviation de l'axe du fémur.  
Jusqu'à ce jour se porte très bien, ne souffre plus.

---

## CONCLUSIONS

---

Notre thèse est basée sur l'examen de 18 observations, qui toutes par leur ancienneté suffisante permettent de constater des résultats définitifs.

Une dizaine d'opérations de fin 1938 et du début de 1939 sont trop récentes pour pouvoir être utilisées.

Dans le traitement des arthroses de la hanche il faut envisager celles dues aux luxations congénitales véritables et celles dues aux subluxations, avec déformations souvent considérables de la tête fémorale, que l'on appelait autrefois « morbus coxae senilis ».

Nous avons constaté d'abord :

1° Que dans les premières la douleur survenait à tout âge;

2° Que dans les secondes la souffrance n'apparaissait en général qu'à partir de 50 ans.

### A) TRAITEMENT DES ARTHROSES

#### DUES AUX LUXATIONS VRAIES

Nous avons procédé seulement à des ostéotomies sous-trochantériennes d'appui lorsque la tête n'était pas bien fixée, et utilisé les différents modes d'appui, dans les autres cas, ostéotomies de direction.

### 1° *Bifurcation de Lorenz.*

Elle nous a donné, auprès de quelques bons résultats des déboires marquants. Le fragment diaphysaire ne reste pas, en général, dans la cavité cotyloïdienne, il glisse. Nous avons dû dans un cas réséquer l'extrémité diaphysaire, projetée en avant dans la direction du triangle de Scarpa et, provoquant de la douleur.

Dans un troisième cas, nous avons constaté cette angulation antérieure de ce fragment, causant une gêne, peu douloureuse, dans la marche. Notre proposition de réintervention fut refusée par la malade.

Dans la bifurcation de Lorentz, l'étendue des mouvements ne présente pas la même amplitude que dans les autres procédés d'appui.

Si la douleur est supprimée, la bilatéralité de cette intervention ne saurait être envisagée pratiquement : l'abduction que l'on doit donner aux membres gênerait et la marche et la statique.

### 2° *L'appui ischiatique de Schanz.*

L'application de cette technique nous a donné d'excellents résultats. La difficulté est de bien préciser l'endroit où doit se faire l'ostéotomie et de calculer l'angle optima d'abduction que l'on doit donner. Notre première observation est un exemple de belle réussite. Suivant la hauteur de la tête dans la luxation l'appui ischiatique se fait soit sur un angle diaphysaire, soit ce qui est préférable, sur le petit trochanter (Radiographie III).

Dans ce cas l'appui est meilleur et le redressement de l'angle d'abduction n'a pas de conséquences désastreuses.

Nous n'utiliserons cette méthode que d'un côté seulement, réservant un autre procédé au deuxième côté s'il est douloureux.

### *3° Appui sur le fragment supérieur.*

Dans nos observations nous avons appliqué une fois la méthode de Lance. Le résultat a été très bon. Depuis nous y sommes revenus.

La difficulté réside dans l'ajustement de la hauteur à laquelle doit se faire l'ostéotomie, pour que l'angle d'ostéotomie puisse venir se nicher dans le cotyle.

Nous nous promettons d'appliquer le plus souvent possible cette méthode que nous connaissons encore assez mal.

Nous estimons que la meilleure façon de maintenir le contact entre les fragments de l'ostéotomie est de créer ainsi que Mommsen un tenon et une mortaise. La pose d'une anse métallique provisoire nous a bien servi à plusieurs reprises.

## **B) TRAITEMENT DES ARTHROSES DUES AUX SUBLUXATIONS**

Dans ces cas, la bûte par greffes ostéoplastiques suffit rarement, il faut la compléter par une ostéotomie de direction.

Nous ne nous inquiétons pas de l'appui sur le bassin.

Nous avons obtenu ainsi des résultats remarquables tant par la suppression de la douleur que par l'amélioration de la motilité dans la hanche, et la disparition des troubles trophiques des surfaces osseuses en présence.

Quant aux autres interventions, telle l'arthroplastie de la hanche, nous n'en avons nulle expérience et nous ne pouvons qu'admirer les résultats obtenus entre les mains savantes du Professeur Mathieu.

Nous concluerons donc en disant que l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement des arthroses dues aux luxations et aux subluxations congénitales de la hanche, donne dans les mains des chirurgiens éclectiques des résultats dont le malade ne peut que se louer.

---

*Vu : le Doyen de la Faculté,*  
TIFFENEAU.

*Vu : le Président de thèse,*  
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

BAUMANN. — Thèse Nancy, 1902-1903.

BERTRAND (P.). — Thèse Lyon, 1932-1933.

BOPPE. — La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche.

CAMERA (U.). — Contribution au traitement de la luxation congénitale invétérée et irréductible de la hanche.

LE DAMANY. — La luxation congénitale de la hanche. (Alcan, éditeur).

CHARRY. — Concours Médical, 9 octobre 1938.

COSTE et AUBERT. — *Presse Médicale*, 18 janvier 1939.

KIRMISSON. — Maladies chirurg. d'origine congénitale. *Revue d'orthopédie*, 1900-1903.

FROELICH. — De l'ostéotomie sous-trochantérienne.

LANCE M. — Le traitement palliatif des luxations congénitales de la hanche.

LANCE (P.-M.). — Les ostéotomies sous-trochantériennes dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche.

MATHIEU (P.). — Chirurgie réparatrice de la hanche. *Mémoires de la Société nationale de chirurgie*, t. LVIII, 1932. *Mém. Acad. Chir.*, n° du 30 mars 1938. *Mémoire. Acad. Chir.*, n° du 11 mai 1938.

PADOVANI. — *Mémoire de l'Académie de chirurgie*, du 18 janvier 1939.

SCHANZ. — Traitement de la luxation congénitale ancienne de la hanche.

THÉVENON. — Thèse Lyon, 1925.



